

phẫu thuật thị lực cũng có sự thay đổi so với 1 tuần sau phẫu thuật với $p < 0,05$. Chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thị lực gần 1 tháng và 3 tháng sau phẫu thuật với $p = 0,16$

Ở các thời điểm sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng có sự giảm nhãn áp trung bình so với trước phẫu thuật với $p < 0,001$. Từ sau 1 tuần đến 1 tháng, 3 tháng, nhãn áp trung bình không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization** (2010), Prevention of Blindness and Visual Impairment, tại trang web <http://www.who.int/entity/blindness/en/>, truy cập ngày 20/7/2014.
2. **Sheppard AL, Shah S, Bhatt U et al** (2013). Visual outcomes and subjective experience after bilateral implantation of a new diffractive trifocal intraocular lens. *J Cataract Refract Surg*, 39(3), 343-9.
3. **Cochener B, Vryghem J, Rozot P et al** (2012). Visual and refractive outcomes after implantation of a fully diffractive trifocal lens. *Clin Ophthalmol*, 6, 1421-7.
4. **Carson D, Hill WE, Hong X et al** (2014). Optical bench performance of AcrySof IQ ReSTOR, AT LISA tri, and Fine Vision intraocular lenses. *Clin Ophthalmol*, 14, 8, 2105-13.
5. **Madrid-Costa D, Ruiz-Alcocer J, Ferrer-Blasco T et al** (2013). Optical quality differences between three multifocal intraocular lenses: bifocal low add, bifocal moderate add, and trifocal. *J Refract Surg*, 29(11), 749-54.
6. **Vryghem JC, Heireman S** (2013). Visual performance after the implantation of a new trifocal intraocular lens. *Clin Ophthalmol*, 7, 1957-65.
7. **Mojzis P, Peña-Garcia P, Liehneova I et al** (2014). Outcomes of a new diffractive trifocal intraocular lens. *J Cataract Refract Surg*, 40(1), 60-9.
8. **Law EM, Aggarwal RK, Kasaby H** (2014). Clinical outcomes with a new trifocal intraocular lens. *Eur J Ophthalmol*, 24(4), 501-8.
9. **Vianna LM, Oliveira F, Pedro A et al** (2014). Visual outcomes of the diffractive multifocal intraocular lens – Zeiss AT Lisa 809M. *Rev. bras. Oftalmol.*, vol.73, no.2.
10. **Trần Thế Hưng** (2005). Nghiên cứu sự thay đổi nhãn áp sau mổ tán nhãn thể thủy tinh đục, đặt thể thủy tinh nhân tạo hậu phòng, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.

TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA PHÁC ĐỒ PACLITAXEL – CARBOPLATIN TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN MUỘN TIẾN TRIỂN SAU ĐIỀU TRỊ THUỐC EGFR TYROSINE KINASE

Đỗ Hùng Kiên¹, Trần Thị Hậu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá độc tính của phác đồ paclitaxel – carboplatin trong điều trị nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn muộn kháng điều trị đích EGFR thế hệ 1, 2 không có đột biến T790M tại Bệnh viện K từ 01/2017 đến 05/2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu kết hợp tiến cứu 55 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn muộn tiến triển sau điều trị thuốc kháng EGFR TKIs thế hệ 1, 2 không có đột biến T790M tại Bệnh viện K từ 01/2017 đến 05/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ gặp độc tính trên hệ tạo huyết tương đối thấp, chủ yếu gặp độc tính hạ huyết sắc tố. Không ghi nhận các trường hợp độc tính độ 3-4 trên hệ tạo huyết. Độc tính tăng men gan gặp 16 trường hợp, trong đó tỷ lệ gặp độ 1 và 2 lần lượt là 20% và 9,1%. Một mối trong điều trị gặp 58,2% trường hợp, trong đó độ 1 gặp 36,4% và độ 2 gặp

21,8%. Nôn, buồn nôn ít gặp trong phác đồ, độ 1 và 2 lần lượt là 16,4% và 9,1%. Tê bì tay chân thường gặp, trong đó 87,3% độ 1, 7,3% độ 2; và có 1 trường hợp độ 3. **Kết luận:** Phác đồ paclitaxel – carboplatin trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ tiến triển sau thuốc kháng EGFR TKIs dung nạp tốt, chủ yếu gặp độc tính độ 1, 2.

Từ khóa: Ung thư phổi không tế bào nhỏ, độc tính, kháng TKIs, paclitaxel – carboplatin.

SUMMARY

TOXICITIES OF PACLITAXEL-CARBOPLATIN CHEMOTHERAPY FOR THE TREATMENT OF NON-SMALL CELL LUNG CANCER PROGRESSED TO EGFR TYROSINE KINASE

Objective: Evaluating the toxicities of paclitaxel – cisplatin chemotherapy for the treatment of advanced/ metastatic non-small cell lung cancer progressed to EGFR TKIs first- and second-generations without presence of T790M mutation at National Cancer Hospital from 01/2017 to 05/2022. **Patients and method:** Retrospective and prospective analysis of 55 patients with advanced/ metastatic non-small cell lung carcinoma progressed to EGFR TKIs first- and second-generations without presence of T790M

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Hùng Kiên

Email: kienc@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2023

Ngày duyệt bài: 24.2.2023

mutation at National Cancer Hospital from 01/2017 to 05/2022. **Results:** Of 55 patients, the rate of haematological toxicities was low, mostly anemia. There was no report of grade-3 and -4 haematological toxicities. Elevated liver enzymes was reported in 16 cases, including grade-1 and -2 rates of 20% and 9.1%, respectively. Fatigue accounted for 58.2% of cases, including grade-1 and grade-2 of 36.4% and 21.8%, respectively. Vomiting and nausea was not common adverse events in this chemotherapy, grade 1 and 2 were 16.4% and 9.1%, respectively. The rate of peripheral neuropathy was common seen, including grade 1 of 87.3%; grade 2 of 7.3% and 1 patient experienced of grade 3. **Conclusion:** Paclitaxel – carboplatin chemotherapy for the treatment of non-small cell lung cancer progressed to EGFR TKIs was good tolerated, toxicities mostly at grades 1 and 2.

Keywords: Non-small cell lung cancer, toxicity, resistance to EGFR TKIs, paclitaxel – carboplatin.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là một loại ung thư thường gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư ở phạm vi toàn cầu. Theo GLOBOCAN 2020, tại Việt Nam, ung thư phổi đứng hàng thứ 2 chỉ sau ung thư gan với tỷ lệ mắc mới chiếm 15,4 % tổng số ung thư nhưng tỷ lệ tử vong lên đến 19,4 % [1]. Theo phân loại của Tổ chức Y tế thế giới, mô bệnh học của UTP được chia làm hai nhóm chính là UTP tế bào nhỏ (TBN) và UTP không tế bào nhỏ (KTBN), trong đó UTPKTBN chiếm khoảng 80%. Trong bệnh lý UTP hai loại này có phương pháp điều trị và tiên lượng khác nhau. Ngày nay người ta biết đến nhiều loại đột biến gen thúc đẩy quá trình tăng sinh của tế bào ung thư phổi, những phát hiện này mở ra một hướng điều trị mới là điều trị nhắm trúng đích. Đột biến gen EGFR là đột biến thường gặp nhất ở các bệnh nhân UTPKTBN, con số này ước tính khoảng 49% ở các bệnh nhân châu Á. 4 Việc sử dụng các thuốc ức chế tyrosine kinase (TKI) của EGFR cho tỷ lệ đáp ứng cao lên tới 70%, thời gian sống không tiến triển (PFS) vượt trội hơn so với hóa chất (khoảng 28-30%) [2].

Điều trị đa phần nhóm bệnh nhân UTPKTBN di căn có đột biến EGFR nhạy cảm thuốc là các thuốc ức chế tyrosine kinase (TKIs) thế hệ 1, 2; như: erlotinib, gefitinib, afatinib. Các thuốc này giúp kéo dài thời gian sống thêm không bệnh tiến triển (PFS) so với hóa trị, trung bình từ 9-13 tháng [3–5]. Đối với nhóm bệnh nhân tiến triển sau điều trị bước một thuốc kháng TKIs thế hệ 1, 2; các bệnh nhân được tiến hành sinh thiết tổn thương hoặc sinh thiết lỏng nhằm mục đích tìm cơ chế kháng thuốc, trong đó cơ chế thường gặp nhất là sự xuất hiện của đột biến T790M, có chỉ định điều trị kháng TKI thế hệ 3. Tuy nhiên, các

bệnh nhân không có đột biến này sẽ chỉ định điều trị hóa chất. Các phác đồ hiện nay thường sử dụng đó là bộ đôi platinum. Tại bệnh viện K, nhiều đề tài tiến hành đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn muộn có điều trị đích EGFR. Tuy nhiên, chưa có nhiều đề tài đánh giá và phân tích riêng trên nhóm bệnh nhân kháng EGFR thế hệ 1, 2 nhưng không có đột biến T790M và sử dụng hóa trị phác đồ paclitaxel-carboplatin. Do đó, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu "Đánh giá độc tính của phác đồ paclitaxel – carboplatin trong điều trị nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn muộn kháng điều trị đích EGFR thế hệ 1, 2 không có đột biến T790M tại bệnh viện K từ 01/2017 đến 05/2022".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu bao gồm 55 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn muộn điều trị bước 1 và tiến triển với thuốc điều trị đích EGFR thế hệ 1, 2, không có đột biến T790M và được điều trị hóa chất phác đồ paclitaxel-carboplatin tại Bệnh viện K từ 01/2017 đến 05/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Chẩn đoán xác định bằng xét nghiệm mô bệnh học là ung thư phổi không tế bào nhỏ có đột biến gen EGFR nhạy cảm thuốc EGFR TKIs.

- Điều trị bước 1 thuốc kháng EGFR thế hệ 1 hoặc 2 và tiến triển theo tiêu chuẩn RECIST v1.1.

- Không có đột biến T790M trên xét nghiệm lại mẫu mô hoặc sinh thiết lỏng.

- Không kể giới tính, tuổi > 18.

- Bệnh nhân được chẩn đoán giai đoạn IV hoặc tái phát, di căn theo AJCC 8th.

- Chỉ số toàn trạng theo thang điểm ECOG = 0 ; 1 ; 2.

- Có các tổn thương có thể đo được bằng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh: CLVT, MRI.

- Chức năng gan thận, tủy xương trong giới hạn cho phép điều trị.

- Tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Mắc bệnh ung thư thứ 2.

- Di căn màng não hoặc di căn não chưa được kiểm soát.

- Mắc các bệnh lý mãn tính: suy tim, suy thận.

- Đã được điều trị trước đó.

- Không có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện K

- Thời gian nghiên cứu: từ 01/2017 đến

05/2022.

*** Phương pháp nghiên cứu:**

- Thiết kế nghiên cứu
- Nghiên cứu mô tả, hồi cứu kết hợp tiến cứu
- Cỡ mẫu và cách chọn mẫu.
- Cỡ mẫu thuận tiện, tiến hành trên 55 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.3. Các bước tiến hành

***Nội dung nghiên cứu/ Các biến số và chỉ số trong nghiên cứu:**

- Tuổi, giới, tiền sử bản thân
- Tiền sử điều trị bệnh trước đó: phương pháp điều trị, giai đoạn bệnh lúc phát hiện, đáp ứng điều trị trước đó, thời gian đến lúc bệnh tái phát,...
- Chỉ số toàn trạng bằng thang điểm ECOG.
- Biểu hiện lâm sàng: ho khạc máu, ho khan, đau ngực, khó thở, hạch ngoại vi,....
- Các đặc điểm tổn thương trên chẩn đoán hình ảnh.
- Thuộc điều trị TKIs, thời gian điều trị, loại đột biến EGFR

*** Quy trình nghiên cứu**

Lựa chọn bệnh nhân theo các tiêu chuẩn nghiên cứu. Các bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ tiến triển theo RECIST v1.1 sau điều trị bước một thuốc kháng EGFR thế hệ 1, 2 và không có đột biến T790M sẽ được lựa chọn vào nghiên cứu với các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

Các bệnh nhân được thu thập thông tin lâm sàng và cận lâm sàng theo mẫu bệnh án nghiên cứu sẵn có.

Phác đồ điều trị:

Bảng 3.1. Độc tính trên hệ tạo huyết

Độc tính	Độ 0	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4
	Số bệnh nhân (%)				
Hạ Bạch cầu	42 (76,4)	8 (9,1)	6 (10,9)	0	0
Hạ BCTT	42 (76,4)	7 (12,7)	7 (12,7)	0	0
Hạ HST	22 (40)	24 (43,6)	9 (16,4)	0	0
Hạ TC	49 (89,1)	3 (5,5)	3 (5,5)	0	0

Nhận xét: Tỷ lệ gặp độc tính trên hệ tạo huyết tương đối thấp, chủ yếu gặp độc tính hạ huyết sắc tố. Không ghi nhận các trường hợp độc tính độ 3-4 trên hệ tạo huyết.

- Thiếu máu gặp 60% trường hợp, trong đó độc tính độ 1 và 2 lần lượt 43,6% và 16,4%.

Bảng 3.2. Độc tính trên gan, thận

Độc tính	Độ 0	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4
	Số bệnh nhân (%)				
Tăng men gan	39 (70,9)	11 (20)	5 (9,1)	0	0
Tăng creatinin	49 (89,1)	6 (10,9)	0	0	0

Nhận xét: Độc tính tăng men gan gặp 16 trường hợp, trong đó tỷ lệ gặp độ 1 và 2 lần lượt là

Paclitaxel 175-200mg/m² da, Carboplatin AUC 5, chu kỳ 3 tuần, điều trị 4-6 chu kỳ

Sau mỗi 3 chu kỳ hoặc khi xuất hiện triệu chứng bất thường, bệnh nhân được đánh giá đáp ứng qua thăm khám lâm sàng và phương pháp chẩn đoán hình ảnh, ghi nhận độc tính qua mỗi lần thăm khám hoặc khi có bất thường theo phân loại NCI 4.0.

2.4. Xử lý số liệu: + Kết quả được thể hiện trên các bảng hoặc đồ thị thích hợp, dạng tỷ lệ phần trăm (%) hoặc dưới dạng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn (X ± SD).

+ Sử dụng phần mềm SPSS 22.0.

2.5. Vấn đề y đức. Tất cả BN trong nghiên cứu đều hoàn toàn tự nguyện tham gia. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị, không nhằm mục đích nào khác. Những BN có đủ tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được giải thích đầy đủ, rõ ràng về các lựa chọn điều trị tiếp theo, về qui trình điều trị, các ưu, nhược điểm của từng phương pháp điều trị, các rủi ro có thể xảy ra.

Tất cả các thông tin chi tiết về tình trạng bệnh tật, các thông tin cá nhân của người bệnh được bảo mật thông qua việc mã hoá các số liệu trên máy vi tính.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua thời gian nghiên cứu từ 01/2017 đến 05/2022, chúng tôi tiến hành đánh giá trên 55 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ tiến triển sau bước 1 thuốc kháng EGFR thế hệ 1, 2, không có đột biến T790M, được điều trị hóa chất paclitaxel – carboplatin tại bệnh viện K.

3.1. Độc tính trên hệ tạo huyết

- Hạ bạch cầu độ 1 gặp 9,1% và hạ bạch cầu độ 2 gặp 10,9%. Không gặp trường hợp nào sốt hạ bạch cầu trong nghiên cứu.

- Hạ tiểu cầu độ 1-2 gặp 10 trường hợp, chiếm 11%.

3.2. Độc tính ngoài hệ tạo huyết

20% và 9,1%. Độc tính tăng creatinin chỉ gặp độ 1, chiếm 10,9%.

Bảng 3.3. Độc tính ngoài hệ tạo huyết khác

Độc tính	Độ 0	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4
	Số bệnh nhân (%)				
Mệt mỏi	23 (41,8)	20 (36,4)	12 (21,8)	0	0
Nôn, buồn nôn	41 (74,5)	9 (16,4)	5 (9,1)	0	0
Tiêu chảy	49 (89,1)	4 (7,3)	2 (3,6)	0	0
Tê bì tay chân	2 (3,6)	48 (87,3)	4 (7,3)	1 (1,8)	0

Nhận xét: - Mệt mỏi trong điều trị gặp 58,2% trường hợp, trong đó độ 1 gặp 36,4% và độ 2 gặp 21,8%.

- Nôn, buồn nôn ít gặp trong phác đồ, độ 1 và 2 lần lượt là 16,4% và 9,1%.

- Tiêu chảy ít gặp, chỉ gặp 10,9%.

- Tê bì tay chân thường gặp, trong đó 87,3% độ 1, 7,3% độ 2; và có 1 trường hợp độ 3.

IV. BÀN LUẬN

Điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn muộn là điều trị toàn thân với mục tiêu kiểm soát bệnh, kéo dài thời gian sống thêm và nâng cao chất lượng cuộc sống cho từng bệnh nhân. Việc điều trị hóa chất bộ đôi platinum được đặt ra nhằm mục tiêu kiểm soát bệnh. Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước phân tích hiệu quả của phác đồ pemetrexed carboplatin trong điều trị ung thư phổi kháng EGFR không có T790M. Tuy nhiên, đối với phác đồ paclitaxel-carboplatin trong nhóm đối tượng này gần như chưa có báo cáo. Đối với độc tính trên hệ tạo huyết, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thiếu máu gặp 60% trường hợp, trong đó độc tính độ 1 và 2 lần lượt 43,6% và 16,4%. Hạ bạch cầu độ 1 gặp 9,1% và hạ bạch cầu độ 2 gặp 10,9%. Không gặp trường hợp nào sốt hạ bạch cầu trong nghiên cứu. Hạ tiểu cầu độ 1-2 gặp 10 trường hợp, chiếm 11%. Kết quả của tác giả Trương Thị Kiều Oanh năm 2017 cho thấy giảm bạch cầu là 20,6%, giảm bạch cầu trung tính là 38,1%, giảm huyết sắc tố là 27%, giảm tiểu cầu 12,7% [6]. Kết quả của Biesma năm 2011 giảm bạch cầu 17%, giảm bạch cầu hạt 33%, giảm tiểu cầu 2% [7]. Theo Shenshaw và cs (2012), tỷ lệ độc tính độ 3, 4 ở bạch cầu hạt là 22,7%; huyết sắc tố 9,1%; tiểu cầu 4,5%. Sự khác biệt này là do nghiên cứu trên dùng liều Paclitaxel và Carboplatin cao hơn nghiên cứu của chúng tôi, Paclitaxel 200mg/m² kết hợp Carboplatin AUC 6 [8].

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận độc tính tăng men gan gặp 16 trường hợp, trong đó tỷ lệ gặp độ 1 và 2 lần lượt là 20% và 9,1%. Độc tính tăng creatinin chỉ gặp độ 1, chiếm 10,9%. Kết quả tác giả Trương Thị Kiều Oanh (2017) ghi nhận tỷ lệ tăng men gan gặp 12,7%; buồn nôn

14,3%; nôn 9,5%; ỉa chảy 12,7% đều ở độ 1, 2 [6]. Theo Shenshaw và cs (2012), tỷ lệ nôn độ 3, 4 chiếm 13,6% [8]. Nghiên cứu của Trần Đình Quang (2021) tỷ lệ buồn nôn là 19,6% và 9,8%. Tiêu chảy chiếm tỷ lệ 11,8%. Tỷ lệ rối loạn thần kinh cảm giác ngoại vi, đau xương khớp là 17,6% và 21,6% [9]. Độc tính thần kinh cảm giác ngoại vi trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 87,3% độ 1, 7,3% độ 2; và có 1 trường hợp độ 3. Kết quả tác giả Trương Thị Kiều Oanh (2017) 15,9% [6] và Biesma (2011) 15% [7]. So với Shenshaw và cs (2012) khi sử dụng liều hóa chất cao hơn, tỷ lệ gặp độ 3, 4 chiếm đến 22,7% [8].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu độc tính phác đồ paclitaxel-carboplatin trên 55 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ sau kháng thứ phát với EGFR TKIs thế hệ 1, 2 không có đột biến T790M, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

- Tỷ lệ gặp độc tính hệ tạo huyết thấp, chủ yếu thiếu máu độ 1-2.

- Độc tính tăng men gan gặp 16 trường hợp, trong đó tỷ lệ gặp độ 1 và 2 lần lượt là 20% và 9,1%.

- Tê bì tay chân thường gặp, trong đó 87,3% độ 1, 7,3% độ 2; và có 1 trường hợp độ 3.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Sung, H.; Ferlay, J.; Siegel, R.L.; Laversanne, M.; Soerjomataram, I.; Jemal, A.; Bray, F.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: Cancer J. Clin.* 2021, 71, 209-249, doi:10.3322/caac.21660.
- Davis, F.; Dolecek, T.; Mccarthy, B.; Villano, J.** Toward Determining the Lifetime Occurrence of Metastatic Brain Tumors Estimated from 2007 United States Cancer Incidence Data. *Neuro-Oncol.* 2012, 14, 1171-1177, doi:10.1093/neuonc/nos152.
- Rosell, R.; Carcereny, E.; Gervais, R.; Vergnenegre, A.; Massuti, B.; Felip, E.; Palmero, R.; Garcia-Gomez, R.; Pallares, C.; Sanchez, J.M.; et al.** Erlotinib versus Standard Chemotherapy as First-Line Treatment for European Patients with Advanced EGFR Mutation-Positive Non-Small-Cell Lung Cancer (EORTC): A Multicentre, Open-Label, Randomised Phase 3 Trial. *Lancet Oncol.* 2012, 13, 239-255,

- doi:10.1016/S1470-2045(11)70393-X.
- Mok, T.S.; Wu, Y.-L.; Thongprasert, S.; Yang, C.-H.; Chu, D.-T.; Saijo, N.; Sunpaweravong, P.; Han, B.; Margono, B.; Ichinose, Y.; et al.** Gefitinib or Carboplatin–Paclitaxel in Pulmonary Adenocarcinoma. *N. Engl. J. Med.* 2009, 361, 947–957, doi:10.1056/NEJMoa0810699.
 - Sequist, L.V.; Yang, J.C.-H.; Yamamoto, N.; O’Byrne, K.; Hirsh, V.; Mok, T.; Geater, S.L.; Orlov, S.; Tsai, C.-M.; Boyer, M.; et al.** Phase III Study of Afatinib or Cisplatin Plus Pemetrexed in Patients With Metastatic Lung Adenocarcinoma With EGFR Mutations. *J. Clin. Oncol.* 2013, 31, 3327–3334, doi:10.1200/JCO.2012.44.2806.
 - Trương Thị Kiều Oanh** (2017), Đánh giá đáp ứng hóa chất phác đồ Paclitaxel-Carboplatin bước 1 ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB-IV trên 60 tuổi, Luận án thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
 - Trương Thị Kiều Oanh** (2017), Đánh giá đáp ứng hóa chất phác đồ Paclitaxel-Carboplatin bước 1 ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB-IV trên 60 tuổi, Luận án thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
 - Trần Đình Quang, Nguyễn Thị Thái Hòa.** Tác dụng không mong muốn của điều trị bước một phác đồ Paclitaxel - carboplatin ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV ở bệnh nhân cao tuổi. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2021, số 1, tập 508.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỐNG THÊM VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA PHÁC ĐỒ PACLITAXEL TRONG UNG THƯ VÚ TÁI PHÁT DI CĂN

Lê Thanh Đức¹, Phạm Thị Diệu²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá thời gian sống thêm và một số yếu tố liên quan của phác đồ paclitaxel trên bệnh nhân ung thư vú tái phát di căn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 47 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến vú giai đoạn tái phát di căn điều trị bằng phác đồ paclitaxel từ tháng 01/2017 đến tháng 01/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 53,8 tuổi. Tổn thương di căn hay gặp nhất là xương, phổi, hạch (hạch trung thất, hạch ổ bụng, hạch thượng đòn đối bên), gan chiếm lần lượt 55,3%, 34,0%, 27,7% và 27,7%. 31 bệnh nhân được điều trị phác đồ bước 1, chiếm 66,0% và 16 bệnh nhân nhận điều trị phác đồ bước 2, chiếm 34,0%. Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là 7,0 (KTC 95%: 5,7-8,3). Trung vị thời gian sống thêm toàn bộ là 17,0 (KTC 95%: 13,4-20,6). Những bệnh nhân di căn tạng cũng như bệnh nhân điều trị ở bước 2 có tiên lượng xấu hơn so với những bệnh nhân không di căn tạng hoặc những bệnh nhân được hóa trị ngay từ bước 1. **Kết luận:** Phác đồ paclitaxel đơn trị giúp cải thiện thời gian sống thêm cho bệnh nhân ung thư vú tái phát hoặc di căn với trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển 7,0 tháng và thời gian sống thêm toàn bộ 17,0 tháng.

Từ khóa: Ung thư vú di căn, paclitaxel, thời gian sống thêm.

SUMMARY

SURVIVAL RESULTS AND ASSOCIATED FACTORS OF PACLITAXEL REGIMEN CHEMOTHERAPY IN RECURRENT OR METASTATIC BREAST CANCER

Objectives: Our study aimed to evaluate survival results and associated factors of paclitaxel regimen chemotherapy in recurrent or metastatic breast cancer. **Patients and methods:** Retrospective, descriptive study on 47 patients with recurrent or metastatic of breast cancer, who were treated with paclitaxel chemotherapy regimen at National Cancer Hospital from 01/2017 to 01/2022. **Results:** The mean age of patients was 53.8 years old. The most common metastatic lesions were bone, lung, lymph node (mediastinal lymph node, abdominal lymph node, contralateral supraclavicular node) and liver accounting for 55.3%, 34.0%, 27.7% and 27.7%, respectively. 31 patients received the first-line regimen, accounting for 66.0%, and 16 patients received the second-line regimen, accounting for 34.0%. Median progression-free survival was 7.0 months (95% CI: 5.7-8.3). Median overall survival was 17.0 months (95% CI: 13.4-20.6). Patients with visceral metastases or patients treated in second-line regimen had a worse prognosis than patients without visceral metastases or patients receiving the first-line regimen. **Conclusion:** Paclitaxel regimen chemotherapy is effective in high survival time for recurrent or metastatic breast cancer with a median progression-free survival of 7.0 months and overall survival of 17.0 months.

Keywords: metastatic breast cancer, paclitaxel, survival time.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2020, ung thư vú (UTV) là loại ung thư có tỷ lệ mắc nhiều nhất và là

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Đức

Email: duchanhle1972@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 10.2.2023

Ngày duyệt bài: 28.2.2023